

PAWEŁ D. BANAŚ

Choroba – obiektywna anomalia w systemie czy sztuczny konstrukt?

Wprowadzenie

Mój artykuł dotyczy sporu wokół pojęcia choroby – sporu, który szczególnie odnosi się do medycyny i psychopatologii (moim zdaniem, pozostających w relacji inkluzji), przesądzając o ewentualnym istnieniu i charakterze przedmiotu tych nauk. Problem dotyka również pośrednio wielu innych dziedzin, przede wszystkim zajmujących się funkcjonowaniem człowieka, w których kwestia ustalenia tego, co jest normą, może być równoważna sformułowaniu określonej teorii – zaś pojawienie się anomalii czy patologii zmusza naukowców do odpowiedniego ustosunkowania się do nich.

Oczywiście analogiczne stosowanie pojęcia choroby i zaburzeń innego typu w biologii wymaga zachowania znacznej ostrożności; nie chcę też takiej możliwości przesądzić już na wstępie. Niniejsza praca dotyczy choroby – tak jak rozumie się ją na gruncie medycyny, psychopatologii, biologii czy też filozofii nauki (konkretnie filozofii biologii). Na wnioski z tych rozważań przyjdzie jeszcze pora.

Porządek artykułu jest następujący: w pierwszej kolejności staram się wskazać główne stanowiska w sporze na temat pojęcia choroby – dokonuję ich krótkiej charakterystyki wraz z przykładowym wymienieniem zwolenników poszczególnych ujęć i definicji choroby. W drugiej części przedstawiam najważniejsze argumenty padające w sporze nad statusem choroby oraz ich krytykę. W trzeciej prezentuję własne poglądy na temat poruszanej w tej pracy kwestii, dokonuję podsumowania i przedstawiam odpowiednie wnioski.

1. Obiektywizm i konstruktywizm

Chorobę należy zdefiniować przede wszystkim z powodów bardzo prozaicznych: ubezpieczający i ubezpieczeni chcą znać przedmiot swojej umowy. Dla Polaków nie jest to takie oczywiste, ale np. w USA, aby móc liczyć na zwrot kosztów leczenia, trzeba mieć zdiagnozowaną i nazwaną chorobę, z której nas (wy)leczono. Na pewno pojęciem choroby posługują się na co dzień lekarze i pacjenci, traktując je jako opisujące rzeczywisty stan człowieka – zaburzenie wymagające zastosowania środków zaradczych. Stanowisko to można określić mianem obiektywistycznego. Jego zwolennicy uznają, że

istnieją pewne fakty na temat ludzkiego ciała, na których zasadza się pojęcie choroby, a ci, którzy mają wiedzę na temat tych faktów, będą w stanie dokonać wyraźnych rozgraniczeń, nawet w wymagających przypadkach [Kitcher 1997].

Z drugiej strony barykady znajdują się konstruktywiści utrzymujący, iż

choroba to iluzja, a pewne jej przypadki pokazują, jak wartości poszczególnych grup społecznych prowadzą raczej do konfliktu, niż odzwierciedlają brak wiedzy na temat niezbędnych faktów, zaś ewentualna zgoda stanowi często rezultat powszechnej zgody co do pewnego systemu wartości [Kitcher 1997].

Podobnie jak Dominic Murphy [2008] w dalszej części artykułu będę się posługiwał właśnie tym rozróżnieniem na obiektywizm i konstruktywizm, chociaż w literaturze częściej można spotkać odpowiadający im podział na – odpowiednio – naturalizm i normatywizm. To drugie rozróżnienie wydaje mi się jednak mylące, gdyż można np. być naturalistą (w szerszym znaczeniu), a nie zgadzać się z ujęciem obiektywistycznym w odniesieniu do choroby.

Stanowisko obiektywistyczne da się streścić następująco:

ludzkie ciało składa się z licznych systemów organów, mających określone naturalne funkcje, które mogą zostać zmienione na różne sposoby. Część tych zmian będzie nieszkodliwa i korzystna, ale część – nie. Te ostatnie to właśnie choroby w ujęciu obiektywistycznym [Murphy 2008].

Istotne jest tutaj, że wg obiektywistów na gruncie nauki można określić: po pierwsze – jakie funkcjonowanie należy uznać za „normalne”, a jakie nie; po drugie – które z zachowań odbiegających od normy jest szkodliwe. To silne stanowisko obiektywistyczne, charakterystyczne np. dla Boorse’a [1975, 1997]. Zwolennicy słabego obiektywizmu zgodzą się z pierwszym założeniem, jednak nie z drugim, uznając, że szkodliwość danego obiektywnie istniejącego zaburzenia można stwierdzić tylko normatywnie. Takie ujęcie na ogół przyjmuje się na gruncie medycyny.

Silni obiektywiści zgodzą się z tym, że depresja istnieje jako obiektywnie stwierdzalne zaburzenie organizmu i że równie obiektywnie jest ono szkodliwe (gdyż np. nie pozwala na realizację ewolucyjnych celów organizmu – przetrwania i reprodukcji). Słabi obiektywiści powiedzą raczej, iż depresja istnieje naprawdę jako obiektywny zespół procesów, które grupujemy wspólnie w pewną klasę jednak już ze względów pozanaukowych. Kolejność konceptualizacji jest tu następująca: (1) stwierdzamy naukowo obiektywnie występujące zaburzenie funkcji organizmu, a następnie (2) decydujemy, czy ta grupa procesów tworząca zaburzenie należy do szkodliwych, czy nie – albo naukowo (silny obiektywizm), albo normatywnie (słaby obiektywizm).

Przykładem teorii silnie obiektywistycznej jest teoria biostatystyczna Boorse’a. Wychodzi on od pewnej teorii funkcji organizmu – zakłada mianowicie, że funkcja to pewien charakterystyczny dla gatunku „wkład” w jego przetrwanie i reprodukcję. Innymi słowy: X wykonuje funkcję Z, przyczyniając się do zrealizowania celu G w systemie S w czasie t [za: Cooper 2002]. Choroba to zaburzenie tej funkcji, uniemożliwiające funkcjonowanie zgodne z tym, co jest produktem doboru naturalnego. Mowa tu o funkcjonowaniu organizmu poniżej pewnego progu w odniesieniu do

średniej porównawczej grupy – określonej klasy osobników o biologicznie istotnych cechach wspólnych (C. Boorse wymienia przede wszystkim płeć, wiek i gatunek jako cechy najbardziej biologicznie istotne). W ten sposób statystycznie (i jego zdaniem obiektywnie) określa wskaźniki „szkodliwości”. Na gruncie swoiście ujmowanej teorii ewolucji określa więc, co jest zaburzonym funkcjonowaniem, a następnie za pomocą ujęcia statystycznego stwierdza, czy dane zaburzenie można uznać za anormalne.

Konstruktywiści odwracają kolejność rozumowania obiektywistów: (1) najpierw dokonują negatywnego wartościowania pewnego procesu/grupy procesów/zachowania/wyglądu itd., a dopiero potem (2) szukają biologicznych przyczyn wyjaśniających tak już „skonstruowane” zaburzenie.

Konstruktywiści kwestionują oba założenia silnego obiektywizmu – nie tylko uważają, że sąd odnośnie do tego, czy dany zespół procesów biologicznych stanowi chorobę (klasa nadrzędna), ma ugruntowanie normatywne, ale twierdzą, iż także ewentualne określenie danych procesów biologicznych (klasa podrzędna), jako zaburzających normalne funkcjonowanie organizmu, wymaga nienaukowego sądu wartościującego. Zasadniczo pogląd konstruktywistów można wyrazić następująco:

nie ma czegoś takiego, jak naturalny, obiektywnie definiowalny zbiór zaburzeń ludzkiego organizmu, który koniecznie powoduje chorobę. [...] Nazwać pewien stan człowieka chorobą to dokonać sądu, że ktoś w tym stanie odczuwa określone cierpienie, które tłumaczymy w terminach procesów biologicznych [Murphy 2008].

Konstruktywiści odrzucają możliwość istnienia obiektywnych kryteriów służących do określenia danego funkcjonowania procesów organizmu jako zaburzonych – określamy je mianem zaburzonych czy nienormalnych raczej ze względu na czynniki kulturowe. Tego typu poglądy reprezentuje np. Lawrie Reznek [1987]. Według niego etiologia wyjaśnia patologię dopiero po stwierdzeniu, że mamy do czynienia z patologią.

Podsumowując, oba stanowiska – obiektywizmu i konstruktywizmu – można streścić krótko: w ramach tego pierwszego uważa się, że choroby to zaburzone procesy biologiczne szkodliwe dla organizmu, a w ramach drugiego traktuje się choroby jako pewne szkodliwe dla organizmu zjawiska, za które winimy jakiś proces biologiczny – właśnie dlatego, że stanowi przyczynę tego szkodliwego zjawiska, a nie dlatego, że jest obiektywnie zaburzony [Murphy 2008].

2. Argumenty obu stanowisk

W dyskusji pomiędzy obiektywistami i konstruktywistami bardzo ważne miejsce zajmuje założenie tych pierwszych, jakoby istniały naukowe przesłanki pozwalające stwierdzić, czy określony sposób funkcjonowania można uznać za zaburzony – tzn. nienormalny obiektywnie. Sprowadza się to do wskazania naukowych kryteriów pozwalających na wyrażenie opinii, czy dany organizm funkcjonuje poprawnie, czy nie. Obiektywiści twierdzą, że jest to możliwe, konstruktywiści są przeciwnego zdania.

Obiektywizm ma swoje źródło w pracach Ch. Boorse'a. Według niego, jakkolwiek praktyka medyczna nie może funkcjonować poza systemem wartości, to jednak u jej teoretycznych źródeł znajduje się wolne od wartościowania, naukowe, obiektywne pojęcie choroby [Fulford 2001]. Zdaniem Boorse'a, choroba to zaburzenie typowego dla danego gatunku funkcjonowania organizmu, należącego do owego gatunku. Dwa elementy jego pojęcia choroby wydają się kontrowersyjne: teoria funkcji oraz celowe ujmowanie teorii ewolucji.

Odnosnie do teorii funkcji naturalnych, jak trafnie zwraca uwagę Cooper [2002], na gruncie teorii Boorse'a można przyjąć, że jeśli pocę się, aby obniżyć temperaturę ciała, i owo obniżenie stanowi mój cel jako organizmu ludzkiego, to należy tak samo traktować wylanie przeze mnie kubła wody na głowę. Boorse broniłby się, że to nie jest czynność statystycznie częściej występująca w klasie organizmów o wspólnych istotnych biologicznie właściwościach, wobec czego wylanie kubła wody na głowę trudno uznać za funkcję naturalną. W odpowiedzi można podać, że każda taka klasa składa się właściwie z jednej osoby (bo każdy z nas istotnie różni się od drugiej osoby pod względem biologicznym). W praktyce więc upada kryterium statystyczne pozwalające rozgraniczać funkcje naturalne i nienaturalne. Co więcej – kryterium prawidłowego funkcjonowania organizmu powołuje się na celowe ujęcie teorii ewolucji, tzn. przyjęcie, że człowiek dąży do celu, za jaki uznaje się przetrwanie i ewolucję. Jest to sprzeczne z powszechnie dziś przyjmowanym poglądem [np. Rosenberg i McShea 2008], że aby teoria ewolucji była naukowa, należy przyjąć przyczynowość kazualną, a nie celową. Innymi słowy, preferowanie pewnych zachowań człowieka jako naturalnych, ze względu na realizowanie przez nie abstrakcyjnych celów, jakimi są potencjalne przetrwanie i reprodukcja, stanowi w istocie wartościowanie i jest sprzeczne z założeniami obiektywizmu Boorse'a. Na gruncie jego teorii nie można więc wykazać precyzyjnie, kiedy mamy do czynienia z obiektywnie prawidłowym i naturalnym funkcjonowaniem organizmu. Nie da się zatem spełnić podstawowego założenia obiektywizmu. Obiektywiści [Wakefield 1997; Boorse 1997] w każdym razie stoją na stanowisku, że w języku potocznym nie posługujemy się pojęciem choroby bez oparcia go na pewnym rzeczywiście istniejącym biologicznie fakcie. Niektórzy [Cooper 2002] podkreślają, iż przyczynowy charakter ewolucjonizmu, a także trudność w stwierdzeniu, czy dany produkt ewolucji jakkolwiek zaburza, zdawałoby się, działanie jednego procesu, nie wpływa korzystnie na inny (np. nie mamy ogona, który pomagałby nam w utrzymaniu równowagi, ale czy naprawdę można by stwierdzić, że ewolucja powinna preferować kształtowanie się ogona?). Dodam, że ze względu na opóźnienie ewolucyjne, koszty adaptacyjne, produkty uboczne ewolucji, efekty przypadkowe (szum) [Buss 2001] oraz dobór grupowy, teoria ewolucji nie pozwala nam na określenie tego, co powinno uchodzić za prawidłowe zachowanie. Co więcej, wydaje się, że na gruncie ewolucyjnym poprawny jest wniosek, iż jakiegokolwiek zachowanie stanowi pewien produkt ewolucji i nie można w ogóle mówić o zachowaniach nieprawidłowych (pojęcie nieprzystosowania traktuję raczej jako wartościowanie, gdyż nie mamy kryteriów, aby stwierdzić, czy obecnie zachowanie X jest przystosowawcze czy też nie jest).

Argumenty obiektywistów (jakkolwiek jest to pogląd dominujący) zasadzają się na bliżej niesprecyzowanej intuicji, że pewien sposób działania organizmu można uznać

za nieprawidłowy bez wartościowania, chociaż analiza językowa zdaje się to wykluczać [Fulford 2001].

Konstruktywiści z kolei z pewnością mieli rację (co pokazuje historia), iż niektóre zaburzenia były za takie uważane ze względów czysto kulturowych – jak homoseksualizm czy masturbacja. Problemem dla konstruktywistów jest fakt, że jakkolwiek często wartościujemy negatywnie pewne zachowania, to nie zawsze od razu uznajemy je za zaburzone (kradzież, jazda samochodem pod wpływem alkoholu – oczywiście w odróżnieniu od alkoholizmu). Na przykład według Coopera (2002) choroba to stan, w którym „nie jest dobrze być” (*is a bad thing to have*, kryterium wartościujące). Jeśli osoba znajduje się w tym stanie, stwierdzamy, że ma pecha (kryterium statystyczne) i że stan ten musi być potencjalnie uleczalny medycznie (kryterium biologiczne). Można to uznać za przykład wyważonego stanowiska konstruktywistycznego. Bardziej radykalni konstruktywiści kwestionują w ogóle konieczność istnienia kryteriów biologicznych dla stwierdzenia, czy dany stan jest chorobą – wystarczą kryteria kulturowe. Niektórzy twierdzą wprost, że choroby psychiczne – jako oparte na przesłankach czysto kulturowych – tak naprawdę nie istnieją [Szasz 1987, za: Perring 2010].

Kwestionowanie biologicznych podstaw sądów na temat istnienia lub nieistnienia choroby jest charakterystyczne dla konstruktywistów (reprezentujących na ogół nauki społeczne oraz „miękkie” podejście do psychologii).

3. Przeciwno konstruktywizmowi i obiektywizmowi

Na tym zakończę dosyć skrótowe przedstawienie sporu konstruktywistów z obiektywistami. Spór ten jest wartościowy, ponieważ pokazuje główne punkty zapalne i pozwala się do nich odnieść przez zajęcie określonego stanowiska. Najważniejsze są odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy choroba istnieje rzeczywiście? Jeśli tak, to jaki jest jej charakter, jeśli nie, to co mamy na myśli, posługując się tym pojęciem?
2. Czy możemy mówić o prawidłowym funkcjonowaniu człowieka bez odwoływania się do sądów wartościujących?
3. Jaki jest status medycyny jako nauki?

Pierwsze pytanie ma charakter ontologiczny i do tej pory było pozbawione głębszej ontologicznej refleksji. Pytanie o chorobę wywołuje od razu pytanie o normę i przez to odnosi się do drugiego, które rozmaicie formułowano: Czy organizm X funkcjonuje prawidłowo/normalnie/w sposób przystosowawczy/tak, jak powinien/tak, jak jest dobrze. Wszystkie wymienione określenia zakładają istnienie pewnego celu. W sytuacji, gdy ów cel realizujemy, odpowiedź na pytanie może być pozytywna, w przeciwnym razie – negatywna. Wziąwszy pod uwagę to, co już wyżej napisałem, trzeba jednak podkreślić, że naukowa refleksja wymaga odrzucenia przyczyny celowej jako wymuszającej przyjęcie sądu wartościującego – obcego metodologii naukowej. Na gruncie nauki możemy wobec tego mówić jedynie o przyczynach kauzalnych – a z tej perspektywy wszystkie czynności organizmu są naturalne i jako takie normalne.

W konsekwencji nie da się mówić o chorobie bez odwoływania się do sądów wartościujących. W istocie choroba to pewien negatywnie wartościujący sąd na temat

skutków wywoływanych przez określony, zwykle powtarzalny układ procesów biologicznych. Uważam, że można przyjąć ekwifinalność związaną z owymi układami, tzn. te same skutki mogą być (przynajmniej teoretycznie) rezultatem różnych układów. W związku z tym stanowczo odrzucam obiektywizm w odniesieniu do pojęcia choroby. Można by je uznać za pewną dosyć specyficzną odmianę konstruktywizmu, który traktuje ów termin jako pewną użyteczną dla naukowej klasyfikacji etykietę, przypisywaną określonym stanom organizmu, rozpoznawanym za pomocą symptomów – skutków łącznego oddziaływania procesów biologicznych.

W praktyce oznacza to, że funkcjonowanie danego człowieka można opisać za pomocą ogromnej liczby zmiennych znajdujących się na kontinuumach reprezentujących np. poziom neuroprzekazników i hormonów, objętość płuc, obecność bakterii czy wirusów itd. Określone układy owych zmiennych – będące skutkiem wzajemnego oddziaływania czynników zewnętrznych i wewnętrznych w stosunku do danego organizmu – wskutek ich względnej powtarzalności można klasyfikować i nadawać im etykietę (np. określonej choroby, jak gruźlica czy PTSD), co stanowi dla praktyki medycznej pewną użyteczną heurystykę. W ten sposób da się podtrzymać stanowisko, że przedmiotem medycyny jako nauki jest choroba człowieka, mając jednak świadomość, iż jest to tylko pewna użyteczna heurystyka, a medycy ze względu na przedmiot zainteresowań stanowią po prostu specyficzną grupę biologów.

Podsumowanie

W niniejszym artykule odniosłem się krytycznie do funkcjonujących współcześnie koncepcji choroby i zaproponowałem własną teorię, która stanowi odmianę ujęcia słabo konstruktywistycznego. Wnioski płynące z przyjęcia takiego poglądu na zagadnienie choroby można – jak już wspominałem na wstępie – spróbować rozciągnąć na inne obszary funkcjonowania człowieka, a w szczególności odnieść do zaburzeń i anomalii, z jakimi mają do czynienia np. przedstawiciele nauk o poznaniu. Problemem panującego dziś obiektywistycznego ujęcia jest to, że o ile na ogół wystąpienie anomalii sugeruje błąd w teorii i wymaga jej weryfikacji, o tyle na gruncie współczesnych nauk medycznych przyjęcie określonej teorii na temat człowieka jest odporne na oddziaływanie takich anomalii. Ewentualne anomalie traktuje się nie jako dowody na nietrafność teorii, ale jako błędy, które trzeba naprawić, tak aby funkcjonowanie człowieka było zgodne z przyjętą teorią.

Moim zdaniem jest to podejście kontrowersyjne, jednak znajomość niebezpieczeństw z nim związanych pozwala na unikanie analogicznych sytuacji przy tzw. zaburzeniach czysto poznawczych (mających w sumie również charakter biologiczny).

BIBLIOGRAFIA

- Boorse C. (1975). *On The Distinction between Disease and Illness*, „Philosophy and Public Affairs” 5, s. 49–68.
- Boorse C. (1976). *What a Theory of Mental Health Should Be*, „Journal for the Theory of Social Behavior” 6, s. 61–84.
- Boorse C. (1997). *A Rebuttal on Health*, [w:] J.M. Humber i R.F. Almeder (red.), *What is Disease?*. Totowa, NJ: Humana Press, s. 3–143.
- Buss M.D. (2001). *Psychologia ewolucyjna*. Tłum. M. Orski. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cooper R.V. (2002). *Disease*. „Studies in History and Philosophy of Biological Sciences” 33(2), s. 263–282.
- Fulford K.W.M. (2001). ‘What is (Mental) Disease?’: an Open Letter to Christopher Boorse, „Journal of Medical Ethics” 27, s. 80–85.
- Kitcher P. (1997). *The Lives to Come: The Genetic Revolution and Human Possibilities*. Wyd. poprawione. New York: Simon & Schuster.
- Murphy D. (2008). *Concepts of Disease and Health*, [w:] E.N. Zalta (red.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, <http://plato.stanford.edu/entries/health-disease/>.
- Perring Ch. (2010). *Mental Illness*, [w:] E.N. Zalta (red.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, <http://plato.stanford.edu/entries/mental-illness/>.
- Reznek L. (1987). *The Nature of Disease*. New York: Routledge.
- Rosenberg A., McShea D. (2008). *Philosophy of Biology: a Contemporary Introduction*. New York: Routledge.
- Szasz T. (1987). *Insanity*. New York: Wiley.
- Wakefield J.C. (1997). *Normal Inability Versus Pathological Inability*. „Clinical Psychology: Science and Practice” 4, s. 249–258.

Disease – Objective Disorder of the System or a Theoretical Construct?

In this paper I refer to discussion between objectivism and constructivism in relation to the concept of disease. I am presenting the highly objective position of Boorse, pointing to its weakness that generally affects all objectivist theories, especially a problem with an indication of an objective definition of normal body function. In the end – in line with the position of the constructivists – I am questioning the possibility of disease as an objective disorder of normal body function. In the final section I propose an approach to illness, considering it as a useful heuristic in medical practice, describing essentially repetitive state of the body, which is the result of biological processes.